



(19) **RU** <sup>(11)</sup> **2 196 519** <sup>(13)</sup> **C2**  
(51) Int. Cl.<sup>7</sup> **A 61 B 17/00**

RUSSIAN AGENCY  
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: 2001107986/14, 26.03.2001

(24) Effective date for property rights. 26.03.2001

(46) Date of publication. 20.01.2003

(98) Mail address:  
454071, g.Cheljabinsk, ul. Pervoj  
Pjatiletki, 14a, kv.164, I.A.Galichaninu

(71) Applicant:  
Galichanin Ivan Arkhipovich

(72) Inventor: Galichanin I.A.,  
Dolgushina V.F.

(73) Proprietor:  
Galichanin Ivan Arkhipovich

(54) **METHOD FOR SURGICAL TREATMENT IN CASE OF FAILURE IN PELVIC BOTTOM MUSCLES**

(57) Abstract:

FIELD, medicine, surgery SUBSTANCE: one should carry out levatoroplasty by detecting an inferior and median third of pubic-coccygeal muscles, some these muscles are cross-sectionally resected in an inferior third. Muscular fragments are cut being connected with analogous muscles at

the bottom. Fragments are crosswise replaced onto opposite sides above anterior semicircumference of external sphincter. Proximal ends of fragments are fixed to opposite distal ends of pubic-coccygeal muscles. The method favors to reliably reconstruct the perineum EFFECT: higher efficiency. 3 ex

RU 2 196 519 C2

RU 2 196 519 C2



(19) RU (11) 2 196 519 (13) C2  
(51) МКП7 A 61 B 17/00

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО  
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(21), (22) Заявка: 2001107986/14, 26.03.2001

(24) Дата начала действия патента: 26.03.2001

(46) Дата публикации: 20.01.2003

(56) Ссылки: КУЛАКОВ В.И. и др. Оперативная гинекология, руководство для врачей. Медицинская книга. 1998, с.315-321. ГЕНРИ М.М. Колпроктология и тазовое дно. 1988, с.357.

(98) Адрес для переписки:  
454071, г. Челябинск, ул. Первой Пятилетки,  
14а, кв.154, И.А.Галичанину

(71) Заявитель  
Галичанин Иван Архипович

(72) Изобретатель: Галичанин И.А.,  
Долгушина В.Ф.

(73) Патентообладатель:  
Галичанин Иван Архипович

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

(57)

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, может быть использовано при хирургическом лечении несостоятельности мышц тазового дна. Выполняют леваторопластику путем выделения нижней и средней трети лобково-копчиковых мышц. Поперечно разрезают в нижней трети часть этих мышц. Выкраивают из мышц мышечные лоскуты.

Лоскуты связаны у основания с одноименными мышцами. Крестообразно перемещают лоскуты на противоположные стороны над передней полуокружностью наружного сфинктера. Фиксируют проксимальные концы лоскутов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц. Способ позволяет надежно реконструировать промежность.

RU 2 196 519 C2

RU 2 196 519 C2

Изобретение относится к медицине, а именно к гинекологии (к способу хирургического лечения неосостоятельности мышц тазового дна).

В качестве прототипа заявляемого способа хирургического лечения неосостоятельности мышц тазового дна выбрана общепринятая перинеолеваторопластика, включающая заднюю продольную кольпотомию, отделение стенки влагалища от сухожильного центра промежности, расслаивание ретроагинального пространства, выделение леваторов (лобково-копчиковых мышц), пликацию ректальных дужек и ректовагинальной фасции, сближение лобково-копчиковых мышц и сведение их между собой 2-3 швами, реконструкцию промежности над леваторами путем наложения швов на ткани, пликацию передней полуокружности наружного сфинктера, резекцию изгишков стенки влагалища, ушивание кольпотомной раны и мышц промежности (1, 2).

Мышца, поднимающая задний проход, m. levator ani, состоит из лобково-копчиковой и подзаданно-копчиковой мышц (3).

Передняя леваторопластика проводится для коррекции дефекта тазового дна (диастазы мышц леваторов) - неосостоятельности мышц тазового дна (4).

При леваторопластике выделяют (обнажают) передние ножки леваторов (5), которые являются лобково-копчиковыми мышцами.

К недостаткам общепринятой перинеолеваторопластики, которая выполняется при неосостоятельности мышц тазового дна, следует отнести.

1) происходит обширное, на большом протяжении сближение леваторов,

2) не наступает достаточная реконструкция промежности для возвращения влагалища в нормальное положение;

3) отмечается высокий процент диспареунии и болевой синдром в области промежности;

4) в последующем наступает расхождение (диастаз) лобково-копчиковых мышц, вследствие чего снова наступает дефект промежности и неосостоятельность мышц тазового дна;

5) возникает рецидив кольпоректоцеле, энтероцеле и выпадения внутренних половых органов;

6) промежность не удерживает внутренние половые органы от выпадения их при повышении внутрибрюшного давления;

7) частично и одновременно ликвидируется диастаз мышц леваторов;

8) не создается нормальный задний угол прямой кишки;

9) прямая кишка не погружается кзади в направление крестца.

Целью настоящего изобретения является надежная реконструкция промежности за счет леваторопластики, которая выполняется путем выделения нижней и средней трети лобково-копчиковых мышц, поперечного рассечения в нижней трети части этих мышц и выкраивания из них мышечных лоскутов, остающихся связанными у основания с одноименными мышцами, затем крестообразного их перемещение на противоположные стороны над передней

полуокружностью наружного сфинктера и фиксации швами их проксимальных концов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц.

Вследствие этого:

1) не происходит расхождения лобково-копчиковых мышц, поднимающих задний проход;

2) не возникает дефект промежности и неосостоятельности мышц тазового дна;

3) не происходит обширное, на большом протяжении сближение леваторов;

4) наступает физиологическая эластичность промежности и заднего прохода;

5) исчезает болевой синдром в области промежности и диспареуния;

6) отмечается надежная реконструкция промежности для возвращения влагалища в физиологическое положение;

7) надежно удерживаются внутренние половые органы от выпадения их при повышении внутрибрюшного давления;

8) не возникает рецидив кольпоректоцеле, энтероцеле и выпадения внутренних половых органов;

9) ликвидируется диастаз мышц леваторов;

10) прямая кишка погружается кзади в направлении крестца;

11) создается нормальный задний угол прямой кишки.

Поставленная цель достигается тем, что в предлагаемом способе оперативного лечения при неосостоятельности мышц тазового дна, согласно изобретения, леваторопластику выполняют путем выделения нижней и средней трети лобково-копчиковых мышц, поперечного рассечения в нижней трети части этих мышц и выкраивания из них мышечных лоскутов, остающихся связанными у основания с одноименными мышцами, затем крестообразного их перемещение на противоположные стороны над передней полуокружностью наружного сфинктера и фиксации швами их проксимальных концов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц.

Наличие отличительных признаков (от общепринятой перинеолеваторопластики - прототипа):

1) выделяют нижнюю и среднюю трети лобково-копчиковых мышц до их прикрепления к стенкам прямой кишки и ее наружному сфинктеру;

2) поперечно рассекают в нижней трети часть лобково-копчиковых мышц;

3) выкраивают мышечные лоскуты из лобково-копчиковых мышц, которые по-прежнему остаются связанными у основания с одноименными мышцами;

4) крестообразно перемещают на противоположные стороны выкраиваемые мышечные лоскуты из лобково-копчиковых мышц над передней полуокружностью наружного сфинктера и фиксируют швами их проксимальные концы к противоположным дистальным концам этих мышц;

5) последовательность выполнения перечисленных действий.

Выделение нижней и средней трети лобково-копчиковых мышц, поперечное рассечение в нижней трети части этих мышц и выкраивание из них мышечных лоскутов, остающихся связанными у основания с одноименными мышцами, затем

крестообразное их перемещения на противоположные стороны над передней полукружностью наружного сфинктера и фиксация швами их проксимальных концов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц обеспечивает соответствие требованиям технического решения критерия "возможности".

Для определения соответствия технического решения критерию "существенные отличия" был проведен поиск технических решений, содержащих сходные решения, с заявляемыми признаками.

Признак, "выделение лобково-копчиковых мышц до прикрепления их к наружному сфинктеру и стенкам прямой кишки", известен, являясь необходимым для достижения поставленной цели (надежная реконструкция промежности за счет леваторопластики), а также достаточными в совокупности с остальными признаками заявляемого технического решения, этот признак не может быть исключен из формулы изобретения.

В литературе нами не найдены технические решения, содержащие признаки:

"Выделение нижней и средней лобково-копчиковых мышц, поперечное рассечение в нижней трети части этих мышц и выкраивание из них мышечных лоскутов, остающихся связанными у основания с одноименными мышцами, затем крестообразное их перемещение на противоположные стороны над передней полукружностью наружного сфинктера и фиксация швами их проксимальных концов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц".

Воплощение выделения нижней и средней трети лобково-копчиковых мышц, поперечного рассечения в нижней трети части этих мышц и выкраивания из них мышечных лоскутов, остающихся связанными у основания с одноименными мышцами, затем

крестообразное их перемещение на противоположные стороны над передней полукружностью наружного сфинктера и фиксация швами их проксимальных концов к противоположным дистальным концам лобково-копчиковых мышц, позволяет достичь поставленной цели (надежная реконструкция промежности за счет леваторопластики).

Существующий способ оперативного лечения при неосостоятельности мышц тазового дна (1, 2) не содержит тех признаков, которые имеются в заявляемом техническом решении.

Воплощение этого, заявленная совокупность существующих признаков, являясь новой, обеспечивает достижение нового недостатком ранее результата, обеспечивая тем самым соответствие предлагаемого технического решения критерию "существенные отличия".

Способ оперативного лечения при неосостоятельности мышц тазового дна осуществляется следующим образом.

После обработки операционного поля антисептическим раствором и обнажения стенок влагалища зеркалами выполняется задняя продольная кольпотомия. После этого производится отделение стенки влагалища от сухожильного центра промежности, расслаивается ретроагинальное пространство, выделяются средняя и нижняя

трети лобково-копчиковых мышц (до прикрепления их к стенкам прямой кишки и ее наружному сфинктеру). Затем осуществляетсяпликация ректальных душек, ретроагинальной фасции и передней полукружностью наружного сфинктера. На лобково-копчиковые мышцы в области их прикрепления к наружному сфинктеру и стенкам прямой кишки накладываются по две лигатуры, которые затем берутся за зажимы.

После чего выполняется поперечное рассечение в нижней трети части этих мышц, выкраиваются из них мышечные лоскуты, которые остаются связанными у основания с одноименными мышцами. Затем крестообразно перемещаются мышечные лоскуты на противоположные стороны над передней полукружностью наружного сфинктера и их проксимальные концы фиксируются швами к противоположному дистальному концу лобково-копчиковых мышц. Производится послойное ушивание (реконструкция) мышц промежности над леваторами путем наложения швов на ткани.

Выполняются резекция излишка задних стенок влагалища, ушивание кольпотомической раны и кожи промежности. Используется шовный материал - викрил 2/0.

Следующие примеры иллюстрируют применение способа хирургического лечения при неосостоятельности мышц тазового дна.

Пример 1. Больная К., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение на плановое оперативное лечение с диагнозом: Полное выпадение матки. Неосостоятельность мышц тазового дна. Кольпотомия III степени. Кольпроктоцеле III степени. Кольпoureтральный пролапс III степени.

Из анамнеза установлено: беременностей было 14, родов - 3, искусственных медицинских абортов - 11. Все роды произошли через естественные родовые пути, с массой плодов 3800,0, 4200,0 и 4100,0 г. Во время вторых родов была произведена перинотомия по поводу начавшейся разрыва промежности. Третьи роды осложнились разрывом промежности III степени и боковыми разрывами стенок влагалища.

Под интубационным наркозом была произведена влагалищная гистерэктомия по общепринятой методике. Перинеоплаторопластика выполнена по предлагаемому способу хирургического лечения при неосостоятельности мышц тазового дна. Продолжительность операции составила 1 час 35 мин, кровопотеря - 250,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из стационара на 12-е сутки.

При контрольных осмотрах через 8 мес. 1 и 2 года после операции рецидива недостаточности мышц тазового дна и кольпроктоцеле не выявлено.

Пример 2. Больная К., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение на плановое оперативное лечение с диагнозом: Выпадение матки II степени. Неосостоятельность мышц тазового дна. Кольпотомия II степени. Кольпроктоцеле II степени.

При поступлении отмечала жалобы на учащенное мочеиспускание, боли в области промежности давящего характера, чувство инородного тела в области промежности,

RU 2 1 9 6 5 1 9 C 2

RU 2 1 9 6 5 1 9 C 2

боли при половом акте, недержание газов и жидкого стула.

Из анамнеза установлено: беременностей было 6, родов - 2, искусственных медицинских абортов - 6. Роды произошли через естественные родовые пути крупными плодами, с массой 4000,0 и 4300,0 г. Вторые роды осложнились разрывом промежности IV степени.

Выполнена операция по предлагаемому способу при неосостоятельности мышц тазового дна. Продолжительность операции составила 40 мин, кровопотеря - 100,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из стационара на 7 сутки.

При контрольных осмотрах через 6 мес, 1 и 2 года после операции рецидива неосостоятельности мышц тазового дна и кольороптоцеле не выявлено.

Пример 3. Больная К., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение на плановое оперативное лечение с диагнозом: Недостаточность мышц тазового дна. Кольороптоцеле II степени. Кольороптоцеле III степени.

Из анамнеза выявлено: беременностей было 12, родов - 3, искусственных медицинских абортов - 9. Роды произошли через естественные родовые пути, с массой плодов 3800,0, 3800,0 и 4000,0 г. Во время третьих родов была произведена перинеотомия.

Выполнена операция по предлагаемому способу при неосостоятельности мышц тазового дна. Продолжительность операции составила 45 мин, а кровопотеря - 150,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из стационара на 8 сутки.

После операции проведены контрольные осмотры через 6 мес, 1 и 2 года. Рецидива неосостоятельности мышц тазового дна и кольороптоцеле не выявлено.

Выполнены операции по предлагаемому способу оперативного лечения у 42 больных при неосостоятельности мышц тазового дна.

Послеоперационный период у них протекал без осложнений. При контрольных осмотрах у этих женщин через 6 мес, 1 и 2 года после операции рецидива неосостоятельности мышц тазового дна не выявлено.

Таким образом, применение предлагаемого способа хирургического лечения при неосостоятельности мышц тазового дна обеспечивает надежную реконструкцию промежности за счет леваторопластики.

Источники информации

1. Персианинов Л. С. Оперативная гинекология. Издание второе, исправленное и дополненное. М.: Медицина - 1976 - 576 с.

2. Хиш Х., Казер О., Икле Ф. Оперативная гинекология. Атлас Пер. с англ / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 656с.

3. Синельников Р. Д. Атлас анатомии человека. Том II. Издание второе, переработанное и дополненное. - Гос издательство медицинской литературы. М. - 1963. - С.224 - 229.

4. Колопроктология и лечение / Под ред. М. М. Генри, М. Савош; пер. с англ - М.: Медицина, 1996, с. 356.

5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология - М.: Медицина, 1984, с. 112 и 146 -147.

### Формула изобретения:

Способ хирургического лечения неосостоятельности мышц тазового дна, отличающийся тем, что леваторопластику выполняют путем выделения нижней и средней трети лобково-кочичковых мышц, поперечно рассекать в нижней трети часть этих мышц и выкраивают из них мышечные лоскуты, остающиеся связанными у основания с одноименными мышцами, затем крестообразно их перемещают на противоположные стороны над передней полуокружностью наружного сфинктера и фиксируют швами их проксимальные концы к противоположным дистальным концам лобково-кочичковых мышц.